

Een moord voor behandeling

Citation for published version (APA):

à Campo, J. M. L. G. (2019). *Een moord voor behandeling*. Maastricht University.
<https://doi.org/10.26481/spe.20190222jc>

Document status and date:

Published: 22/02/2019

DOI:

[10.26481/spe.20190222jc](https://doi.org/10.26481/spe.20190222jc)

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.



Prof.Dr. Joost M.L.G. à Campo

Faculteit der Rechtsgeleerdheid

Een Moord voor Behandeling

Een Moord voor Behandeling

Een Moord voor Behandeling

Rede in verkorte vorm uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar
'Transforensische psychiatrie' aan de Faculteit der Rechtsgeleerdheid van de Universiteit Maastricht op
vrijdag 22 februari 2019

Door Prof. dr. Joost M.L.G. à Campo

Mevrouw de Rector Magnificus,

Gewaardeerde toehoorders,

Inleiding

De titel van deze rede is: "Een moord voor behandeling". Het laatste wat je wil is dat het letterlijk tot een moord komt, voordat een psychiatrische patiënt met gevaarlijk gedrag gedwongen forensisch psychiatrische behandeling krijgt in een strafrechtelijk kader. Toch zien we dit nog te vaak gebeuren. De figuurlijke variant van "Een moord voor behandeling", namelijk dat een patiënt er veel voor over heeft om een goede behandeling te ondergaan, zien we helaas te weinig. Meestal zijn patiënten met ernstige psychiatrische stoornissen en dreigend gewelddadig gedrag niet uit zichzelf bereid behandeling te zoeken.

Er bestaat daarnaast naar mijn mening nog steeds een grote kloof tussen de reguliere psychiatrie met de focus op de stoornis en de forensische psychiatrie met de focus op het delict. Je kunt zelfs spreken van een niemandsland tussen die twee zorgdomeinen. In dat niemandsland bevinden zich patiënten die wel ernstige psychopathologie vertonen, maar door hun dreigende en disruptieve gedrag een maat te groot bevonden worden voor de reguliere geestelijke gezondheidszorg. Zo worden ze door hun gedrag regelmatig geweerd uit die reguliere zorg. Juist als deze patiënten niet, of nog niet, door de strafrechter zijn veroordeeld om binnen een strafrechtelijk kader gedwongen in de forensische psychiatrie behandeld te worden, kan het gevaarlijk worden. Mijn oplossing is het inrichten van wat ik "Transforensische Psychiatrische zorg" noem. Dit vormt een brug tussen de twee werelden, waardoor er geen psychiatrisch niemandsland meer hoeft te bestaan.

In deze rede wil ik u aan de hand van een aantal casussen uit de praktijk - ik word vandaag immers benoemd als praktijkhoogleraar Transforensische psychiatrie - uitleggen wat het belang is van transforensische psychiatrische zorg. Daarvoor wil ik u echter ook kort iets over mijn loopbaan vertellen.

Mijn achtergrond

In de ruim 30 jaar dat ik nu psychiater ben, heb ik 23 jaar gewerkt in de reguliere psychiatrie waarvan ongeveer 22 jaar in de klinische psychiatrie op gesloten opname- en behandelafdelingen. Op dergelijke gesloten klinische afdelingen verblijven patiënten met ernstig psychiatrische problemen, zoals schizofrenie met paranoïde waanvormingen, met vaak daaruit voortvloeiend gevaar¹. Het

¹ Peeters, M., Nijman, H. & à Campo, J. (2016). Psychotic disorders and violence: what do we know so far. In: Cima, M. (ed). *The Handbook of Forensic Psychopathology and Treatment*, 255 – 275. London: Routledge.

merendeel van deze patiënten is binnen de contouren van het civielrecht krachtens de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen gedwongen opgenomen.

In 2011 maakte ik de overstap naar de forensische psychiatrie. De forensische psychiatrie laat zich definiëren als geestelijke gezondheidszorg voor mensen die een strafbaar feit hebben gepleegd of daarvan verdacht worden. Wat mij vooral opviel waren de grote overeenkomsten tussen de psychopathologie en kenmerken van patiënten die binnen de reguliere klinische psychiatrische zorg en de forensische klinische zorg verbleven. Ik kwam soms zelfs letterlijk mijn eigen patiënten van vroeger weer tegen.

Dat is op zich niet verwonderlijk als je kijkt naar de criteria voor een reguliere gedwongen opname. Een patiënt moet lijden aan een waarneming-denk-stemmings- en/of gedragsstoornis met daaraan gekoppeld gevaar voor zichzelf of derden. Dit gevaar voor derden gaat dan al richting wat we potentieel, toekomstig delictgedrag kunnen noemen. Bij een forensische psychiatrische patiënt is er ook sprake van waarneming-denk-stemmings- en/of gedragsstoornissen waaruit al bewezen delictgedrag is voortgekomen en waarvoor deze patiënten vanwege de psychopathologie niet volledig toerekeningsvatbaar geacht worden.

Sterker nog, ik wil de stelling verdedigen dat de toedeling van een patiënt met serieuze psychopathologie en daaruit voortvloeiend disruptief gedrag aan het reguliere dan wel forensische zorgdomein in de praktijk grotendeels arbitrair is. Waar komt de patiënt het eerst in beeld, bij wit of bij blauw? Wie bemoeit er zich als eerste mee? De dokter of de politie? Is er aangifte gedaan bij de politie rondom een mogelijk strafbaar feit, of komt een patiënt in beeld omdat de crisisdienst voor een psychiatrische crisis bij de patiënt wordt geroepen? Dat kan voor een groot gedeelte bepalen welke afslag de patiënt maakt: naar de reguliere of de forensische psychiatrie, terwijl de psychiatrische stoornis vaak hetzelfde is².

Om dit te illustreren, neem ik u graag mee in de wereld van mijn praktijk op basis van casuïstiek. De eerste casus die ik "De man die brandstichtte" heb genoemd, illustreert volgens mij hoe hetzelfde gedrag, namelijk brandstichting ten gevolge van psychiatrische problematiek, zowel tot behandeling in de reguliere psychiatrie kan leiden als tot behandeling binnen een strafrechtelijk kader in de forensische psychiatrie. Intensieve transforensische psychiatrie beoogt een dergelijke ernstige terugval in gevaarlijk gedrag te voorkomen, maar daarover later meer. In dit geval komt bij beide brandstichtingen naar voren dat een eerste belangrijke afslag voor een patiënt is of een incident in eerste instantie leidt tot bemoeienis van overwegend wit of blauw.

² Raes, B.C.M., Miedema, A.G. & Paesen, L.J. (2001). De grenzen tussen de algemene en de forensische geestelijke gezondheidszorg. Tijdschrift voor Psychiatrie, 43, 575-578

De man die brandstichtte

Eind negentiger jaren van de vorige eeuw werd een 20-jarige jongeman op mijn afdeling opgenomen. Het was een student die nog bij zijn ouders woonde en weinig sociale contacten onderhield. Deze student stopte op enig moment met het volgen van zijn schoolse verplichtingen en isoleerde zich steeds meer. Zijn kamer in het ouderlijk huis werd zijn leefwereld en er groeide bij hem een grote sympathie voor extreem rechtspolitiek gedachtengoed. In de nacht luisterde hij naar heavy metal songs met verboden fascistische teksten in de Duitse taal. Zijn ouders maakten zich zorgen, doch hadden geen vat meer op hun zoon. Soms hoorde zijn moeder hoe haar zoon praatte en schreeuwde op zijn kamer terwijl er niemand anders op die kamer aanwezig was.

Een consult van de huisarts en later van een psychiater leverde weinig op. De jongeman wilde geen gesprek met hulpverleners en had ook zelf geen hulpvraag. Gezien het ontbreken van direct of langer termijn gevaar en met respect voor ieders politieke ideologie werd een afwachtend beleid gevoerd.

Na verloop van maanden ontstond er een acuut crisismoment. De jongeman had zijn huisraad uit het raam gegooit en deze op straat in brand gestoken. Moeder alarmeerde politie en brandweer, die zich lieten bijstaan door de spoedeisende psychiatrische zorg. Zowel blauw als wit waren daarmee bij het incident aanwezig. Na het brandje geblust te hebben nam vooral de psychiater de regie. De brandstichter vertelde namelijk dat hij met deze brand aandacht wilde vragen voor zijn overtuiging dat de wereld verrot is. De wereld verdiende het om afgebrand te worden. De psychiater had de overtuiging dat de jongeman praatte en handelde vanuit een paranoïde psychose die behandeling behoefde. De psychiatrische diagnose gecombineerd met het gevaar van brandstichting bij een hulp weigerende patiënt was op dat moment de reden voor een acute gedwongen opname in de reguliere zorg.

Eenmaal op de gesloten opname-afdeling vertelde patiënt dat hij geen hulp nodig had. Hij had de overtuiging dat een derde wereldoorlog de oplossing was voor alle wereldproblemen. Hij zag zichzelf als degene die in staat was om zo'n wereldoorlog te creëren door het in de stad verspreiden van posters met agressieve, provocatieve teksten. Verder gaf hij te kennen niemand te vertrouwen en zeker geen behandeladvies nodig te hebben.

In de weken die volgden gedroeg de patiënt zich oppervlakkig correct en bleef deelname aan enige behandeling weigeren. Een patstelling waarbij een patiënt weliswaar gedwongen is opgenomen doch daarmee nog niet in behandeling is. We constateerden mede door de aanwezigheid van auditieve hallucinaties bij patiënt dat hij lijdende was aan een paranoïde psychose en juist door die paranoïdie kwam het niet tot een behandelovereenkomst.

Op een dag vond een verpleegkundige op de kamer van de patiënt een uitgetekend ontsnappingsplan. Hij zou brandstichten op de afdeling en wilde behandelaars uitschakelen. Op basis van dit zelfs op de afdeling dreigend gevaar volgde een verzoek om tot dwangbehandeling van patiënt

te mogen overgaan. Dit werd gehonoreerd na een second opinion door een onafhankelijk psychiater en na toetsing door de geneesheerdirecteur en inspectie.

Toen patiënt begreep dat er een rechtsgrond was om hem geen keus meer te laten in het weigeren van anti-psychotische behandeling in de vorm van farmacotherapie, ging hij tot onze verbazing zonder protest meewerken. Na enkele weken verdwenen geleidelijk de paranoïde wanen en hallucinaties. Er kon vervolgens gewerkt worden aan herstel en revalidatie in de thuissituatie. Vele jaren ging het goed met patiënt dankzij een intensief ambulant behandelprogramma.

Na 13 jaar viel patiënt echter terug in zijn oude gedrag, waarschijnlijk ten gevolge van het minder trouw innemen van zijn medicatie (hadden we daar maar meer controle en invloed op kunnen hebben). Hij gooide een molotovcocktail naar het politiebureau in zijn gemeente en werd gearresteerd. Blauw nam daarmee in dit geval de regie. Daarmee belandde de patiënt in een penitentiaire inrichting. Na psychiatrische beoordeling in een rapportage pro Justitia met een strafrechtelijke maatregel als forensisch patiënt, werd hij opgenomen in een klinische forensische behandelinstelling voor de duur van een jaar. Inmiddels werkend binnen het forensische domein kwam ik zo een oude bekende tegen.

Zoals ik eerder al opmerkte, illustreert dit volgens mij een patiënt met eenzelfde probleemgedrag, namelijk brandstichting, en met eenzelfde diagnose, namelijk psychose. Sterker nog, het was dezelfde persoon. Toch kon hij regulier gedwongen opgenomen worden binnen het civiele recht, om vervolgens zoveel jaren later met strafrechtelijke veroordeling en titel in een forensische kliniek voor behandeling te worden opgenomen.

Mijn volgende voorbeeldcasus doorliep een geheel ander parcours vooraleer er hulp werd geboden.

De man met de tatoeages³

Het betrof een 35-jarige man met een lange geschiedenis van geweldsdelicten waarvoor hij drie jaar in detentie had doorgebracht. Hij stond te boek als iemand met een antisociale persoonlijkheid die willekeurige passanten op straat attaqueerde en was veroordeeld en gestraft wegens poging tot doodslag.

De huisarts verwees hem met de vraag of wij patiënt konden helpen met resocialiseren na detentie. In het kennismakingsgesprek met patiënt vielen mij de grote tatoeages in zijn hals op. Eén van die tatoeages betrof het getal 666, het getal van de duivel. Aan de andere kant van zijn hals was een pentagram getatoeëerd. Ik begon het gesprek over deze tatoeages en vroeg patiënt wat hem ertoe bewogen had voor deze tatoeages te kiezen. Na een aanvankelijke aarzeling gaf patiënt een toelichting.

³ For more details on this case study: Campo, à, J.M.L.G., Nijman, H.L.I., Merckelbach, H.L.G.J. & Yeates-Frederikx, M.H.M. (2001). Changes in appearance and psychosis. *Psychiatry. Interpersonal and Biological processes*, 64, 165 – 167.

Hij vertelde voor deze tatoeages te hebben gekozen om zijn pact met de duivel te onderstrepen. Het was een manier om mensen op afstand te houden. Er volgde een verhaal over een extreem wantrouwen jegens anderen die het op hem gemunt zouden hebben. Mensen op straat die hem aankeken, moesten uitgeschakeld worden voordat ze hem tot slachtoffer konden maken. Deze overtuiging, die hij al vanaf jongvolwassenheid had, bracht hem bij voortduring in contact met politie en justitie na geweldsincidenten van meer en mindere ernst. Ik concludeerde dat er bij de patiënt sprake was van een paranoïde psychose.

Toen de wanen door het innemen van anti-psychotische medicatie verbleekten, kon patiënt zich veel socialer gedragen en was hij niet meer gewelddadig. Hij kon beginnen aan een resocialisatietraject. Met groeiend inzicht in zijn probleem kon hij bedenken dat het beter was om de afschrikwekkende tatoeages te laten verwijderen. Met deze tatoeages zou hij immers weinig kans maken op de arbeidsmarkt. Patiënt liet de tatoeages uiteindelijk dan ook verwijderen door een cosmetisch chirurg.

Dit is een voorbeeld van iemand die debuteerde als crimineel binnen een strafrechtelijk kader, maar in feite vooral lijdende was aan een te behandelen psychiatrische aandoening. De onderkenning van de pathologie en de behandeling daarvan had voor patiënt en zijn omgeving een zeer positieve wending in hun leven tot gevolg. Hij poogde enkele malen zonder zijn anti-psychotische medicatie te leven om vervolgens te ontdekken dat hij dan weer extreem gewelddadige ideeën kreeg. Vrijwillig koos hij dan voor een opname om veilig opnieuw ingesteld te worden op medicatie. Zo verdween de gewelddadigheid uit het leven van patiënt.

De patiënte met het mes

Bij de keuze tussen wit of blauw speelt de keuze over het al dan niet doen van aangifte een belangrijke rol; mogelijk meer nog dan de eventuele psychopathologie. De volgende casus illustreert tot welke dilemma's dit leidt.

Een 35-jarige vrouw werd al jaren behandeld en begeleid in een van onze wijkteams, omdat ze leed aan chronische gedesorganiseerde schizofrenie. Ze had veel hulp nodig in alle levensdomeinen. Een multidisciplinair team voorzag in de nodige zorg. De eindverantwoordelijke psychiater bood supportieve psychotherapie, psycho-educatie en farmacotherapie. De farmacotherapie bestond uit een antipsychoticum dat in depotvorm per 3 weken werd verstrekt middels een injectie. Wekelijks bezocht de patiënte haar casemanager, een sociaalverpleegkundige, die haar indien nodig ook thuis bezocht.

Onder stress kon ze makkelijk achterdochtig en vijandig worden in het contact. Af en toe gebruikte ze amfetaminen en cannabis. Vooral de amfetaminen deden patiënte geen goed. Ze werd er paranoïde en agressief van.

Op een dag bezocht patiënte haar casemanager. De dag waarop ook routinematig de 3-wekelijkse depotmedicatie per injectie verstrekt moest worden. Deze routineklus eindigde bijna in een

dodelijk incident. Terwijl de casemanager bezig was om de injectie te prepareren, trok patiënte een mes uit haar tas om daarmee haar hulpverlener in zijn rug te steken. De casemanager kon nog net alarm slaan en werd vervolgens bijgestaan door collega's die hem per ambulance naar het ziekenhuis lieten vervoeren. Na twee dagen klinische observatie mocht hij gelukkig zonder blijvende lichamelijke schade naar huis.

Patiënte zelf werd direct met een inbewaringstelling gedwongen opgenomen op mijn gesloten opnameafdeling. Er werd over het incident toen geen aangifte gedaan door het slachtoffer en ook niet door de zorginstelling. Een keuze die ertoe leidde dat patiënte in zorg bleef binnen de reguliere psychiatrie van nota bene de instelling waar ze een slachtoffer had gemaakt. Over het incident meldde patiënte later dat ze de overtuiging had dat haar hulpverlener haar een dodelijke injectie wilde geven. Ze had gehandeld uit zelfbehoud.

Het was voor het verpleegkundig team op mijn afdeling aanvankelijk wrang om een patiënte te verplegen die een van hun collega's had aangevallen met een mes. Toch lukte het hun om over een lange periode professioneel te blijven en zorg te verlenen. De klinische behandeling verliep uiteindelijk succesvol doch de overdracht naar ambulante behandeling was moeilijk omdat behandelaars in de wijkteams bang waren en bleven voor patiënte.

Eigenlijk betrof het een forensische c.q. transforensische casus.

Beschouwing

In boven geschetste voorbeelden heb ik getracht aan te tonen hoe arbitrair het kan zijn of een patiënt wordt behandeld in de reguliere psychiatrie of in een forensisch psychiatrisch zorgkader belandt. Vanuit mijn praktijkervaring kan ik zeggen dat ik met grote regelmaat patiënten binnen een regulier gesloten behandelkader heb moeten behandelen, terwijl ik ervan overtuigd was dat het beter was geweest wanneer deze patiënten in een forensisch kader met meer veiligheidsgaranties en aandacht voor risicotaxatie zouden zijn opgenomen. Echter wanneer een patiënt eenmaal in de reguliere psychiatrie gedwongen opgenomen is, is de patiënt moeilijk naar een strafrechtelijk forensisch zorgkader te plaatsen. Er is immers geen strafrechtelijke titel.

Zorgelijk is in dergelijke gevallen dat de regulier gedwongen opgenomen patiënten die ernstig disruptief gedrag vertonen, de specifieke behandelmodaliteiten moeten missen die typisch zijn voor een forensisch behandelkader⁴. Het gaat dan over behandelmodules die specifiek inzetten op het reduceren van het destructieve gedrag, zoals daar zijn: agressiehanteringstherapie, terugvalpreventie en het analyseren van het probleem c.q. potentieel delictgedrag. Dit alles binnen een meer beveiligd kader.

⁴ Tengström, A. & Hodgins, S. (2002). Criminal behaviour of forensic and general psychiatric patients with schizophrenia: Are they different? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 62-66

Omgekeerd kwam ik binnen forensische klinieken patiënten tegen die net zo goed of, naar mijn mening, zelfs beter af waren geweest binnen een regulier zorgkader vanwege het mildere behandelklimaat. Voor hen gold echter dat er aangifte was gedaan bij politie en justitie omtrent hun disruptieve gedrag met als uitkomst een strafrechtelijke veroordeling. Voor een relatief licht vergrijp kan iemand een forensische titel krijgen, terwijl een ander met poging tot doodslag ggz-patiënt blijft. Daarmee is het onderscheid moeilijk uit te leggen. Ik kies ervoor om te doen wat nodig is: de benodigde zorg geven ongeacht het rechterlijke kader.

Om de kloof tussen de reguliere en de forensische psychiatrie te dichten wil ik graag het concept Transforensische psychiatrie voorstellen.

Het concept Transforensische psychiatrie

Transforensische psychiatrie⁵ is erop gericht om de, wat mij betreft, nogal merkwaardige kloof tussen de zorgwerelden van de reguliere versus de forensische psychiatrie op te heffen. De gedachte van Transforensische psychiatrie is eenvoudig, namelijk de patiënt gewoon de zorg te geven die nodig is, zowel qua behandeling als beveiliging. Transforensische zorg lijkt op forensische zorg, maar is bedoeld voor mensen die geen strafrechtelijke veroordeling hebben en dus geen recht (en ook geen verplichting) hebben tot forensische zorg. Het uitgangspunt zou daarbij moeten zijn dat de aanwezige psychopathologie van de patiënt en het daarmee samenhangende probleemgedrag (lees het disruptieve c.q. potentiële delictgedrag) volledig leidend zou moeten zijn in de beslissing waar en hoe de patiënt behandeld zou moeten worden.

Kunnen we een patiënt met ernstige psychopathologie en daaruit voortvloeiend disruptief gedrag, die (nog) niet is veroordeeld door een strafrechter, niet beter preventief een zorgkader bieden dat een gezonde hybride is tussen het aanbod van de reguliere zorg en een risico verminderend forensisch zorgkader? Met andere woorden, moeten we niet een zorgkader bieden dat het beste van beide werelden in zich verenigt? Een kader waarin gekeken wordt naar de patiënt, wiens disruptief gedrag vooral wordt gezien als symptoom of uiting van de te behandelen psychopathologie, maar dat die behandeling langdurig genoeg kan worden aangeboden binnen een voldoende veilig zorgkader dat typisch is voor de forensische insteek op risico-reductie. Dat laatste is tegenwoordig steeds moeilijker binnen een opname in de reguliere psychiatrie, door korte opnames en afbouw van bedden in de GGZ.

Het is een mooi streven om patiënten kort opgenomen te laten zijn, zeker als het gaat om een gedwongen opnemering. Er is echter een deelverzameling van patiënten die je echt niet in een dag of tien

⁵ Campo, J.M.L.G. à & Hendriks, M. (2012). De transforensische gedachte. Heerlen: Mondriaan Zorggroep; Campo, J.M.L.G. à & Hendriks, D. (2013). *Transforensische Psychiatische afdeling, een nieuw concept*. Voorjaarscongres Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (poster).

weer veilig kunt ontslaan uit een gesloten klinische setting. Patiënten kunnen door hun stoornis potentieel tot ernstige delicten komen, maar zo lang dat niet daadwerkelijk het geval is, zullen zij niet langdurig in een forensische kliniek behandeld worden op basis van een strafrechtelijke titel. Voor deze patiënten zouden transforensische afdelingen een oplossing kunnen zijn.

De doelgroep van transforensische afdelingen betreft patiënten met meervoudig complexe problematiek met daaraan gekoppeld disruptief gedrag. Bij het profiel van de transforensische patiënt moet je dus vooral denken aan een combinatie van factoren zoals de aanwezigheid van een serieuze psychiatrische aandoening, vaak gekoppeld aan een traumatische ontwikkeling, aan beperkte cognitieve vermogens, en helaas ook heel vaak aan verslaving aan drugs en alcohol. Patiënten met dit type gecombineerde problematiek zijn niet binnen een dag of tien weer in staat een leven op te pakken zonder dat er snel weer sprake is van gevaarlijke situaties. Voor de behandeling van deze patiënten dient meer tijd en rust te worden genomen om te kunnen komen tot een constructieve én veilige terugkeer in de maatschappij. In de reguliere psychiatrie wordt echter tegenwoordig gestreefd naar korte opnamen, en zelfs naar het zo veel mogelijk voorkomen van klinische opnamen.

Met andere woorden, veel van de regulier gedwongen opgenomen patiënten die disruptief gedrag vertonen, zijn in feite een maatje te groot voor de reguliere psychiatrie, waardoor zij verstoken blijven van een adequaat zorgaanbod waarin ook risicotaxatie een belangrijke rol speelt en voldoende aandacht en tijd kan worden geïnvesteerd in het terugdringen van het agressieve en destructieve gedrag en het potentiële delictgevaar. Het probleem in dezen is vooral gelegen in het feit dat er nog steeds een veel te grote scheidslijn is tussen de reguliere en de forensische psychiatrie waardoor vooral moeilijkere reguliere gedwongen opgenomen patiënten verstoken blijven van een passend behandelaanbod.

De oplossing is naar mijn mening gelegen in het construeren van een behandelaanbod dat aansluit bij de pathologie van de patiënt en zijn gedragsrepertoire. Dat dient te gebeuren in die zin dat je niet meer kijkt in welk kader een patiënt is ondergebracht (regulier dan wel forensisch), doch dat je doet wat nodig is ongeacht de juridische titel. Met andere woorden: durf door de rechterlijke titel heen te kijken en te handelen op basis van de psychopathologie, of het nou gaat om een strafrechtelijk dan wel om een civielrechtelijk kader. Laat een strafrechtelijke veroordeling niet primair leidend zijn, maar pas je aan bij de zorgbehoefte, en doe wat voor de patiënt passend is, met inachtneming van adequate risicotaxatie en -management. Een dergelijk zorgaanbod is wat ik Transforensische psychiatrie noem: de “missing link” tussen het reguliere en het forensische zorgdomein.

Een deel van het probleem is echter dat deze twee werelden nog steeds ver uit elkaar liggen. Dit heeft naar alle waarschijnlijkheid te maken met de vraag wie de zorg voor deze mensen betaalt. De kloof tussen de reguliere ggz en de forensische zorg vinden we namelijk terug in de gescheiden betaalstromen. Reguliere psychiatrie wordt gefinancierd door de zorgverzekeraar terwijl forensische psychiatrie op conto komt van justitie. Vooralsnog is ook de Transforensische psychiatrie gesitueerd binnen de reguliere psychiatrie en komt dus op het conto van de zorgverzekeraar. Je kunt je afvragen of de zorgverzekeraar er veel trek in heeft om deze moeilijke patiëntencategorie letterlijk voor zijn rekening

te nemen, omdat de benodigde zorg vrijwel altijd begint in een klinische setting en de behandelduur gemiddeld genomen langer is dan op algemene psychiatrische opnameafdelingen tegenwoordig het geval is. Er wordt namelijk al gedurende langere tijd gepropageerd om korter klinisch te behandelen en de psychiatrische zorg waar mogelijk te ambulantiseren. Daar hoort ook een afbouw van bedden bij. Een sympathieke gedachte en mooi ideaal, maar geen risicoloze oplossing voor de deelverzameling van patiënten waarbij dit niet werkt. Daarom biedt dit, met het oog op preventie van recidive, tevens geen kostenefficiënte oplossing voor deze doelgroep. Eerder delictgedrag is namelijk de belangrijkste voorspeller voor toekomstig delictgedrag^{6,7}. Tussen 2011 en 2016 nam het aantal meldingen bij de politie over wat tegenwoordig "verwarde personen" in de maatschappij worden genoemd met 82% toe: van 40.094 naar 74.875⁸. We moeten recht doen aan het gegeven dat er helaas een deelverzameling is van patiënten waarbij je er niet onderuit komt om langer intensieve klinische zorg te bieden met een verhoogd beveiligingsniveau en met behandel-elementen die je normaliter alleen zou krijgen binnen een forensisch zorgkader. Kosteneffectiviteit is een slechte parameter in de afweging welke behandeling het meest aangewezen is.

Verwarde mensen die overlast veroorzaken zijn een actueel en groeiend probleem. Lang niet alle mensen die onder de noemer 'Verward' worden omschreven, zou ik willen rekenen tot mijn doelgroep die ik transforensische patiënten noem. Zij die lijden aan een ernstige psychiatrische stoornis met daaruit voortvloeiend disruptief en delictgedrag echter wel. Persoonlijk zie ik als deel van het probleem dat mensen met een psychiatrische aandoening die gevaar opleveren steeds meer uit de reguliere ggz geweerd worden. Het probleem wordt vergroot door de tendens naar meer ambulante behandeling. De moeilijke, overlast gevende patiënten vallen tussen wal en schip: hun ziektebeeld is te zwaar voor de reguliere ggz, maar zolang ze geen ernstig strafbaar feit hebben gepleegd komen ze niet in aanmerking voor een forensische titel. Deze groep mensen is de doelgroep van de Transforensische psychiatrie.

De patiëntencategorie waar ik het vandaag over heb met het transforensische profiel is helaas dus niet zo gewild, in de zin dat het een hoog risico patiëntencategorie is met het oog op agressie en een hoog afbreukrisico voor de behandelaren die werken met deze patiënten. Het is ook complex in de zin dat je structureel in een kluwen van belangen lijkt terecht te komen.

⁶ Canton, W. J. (2004). Gerapporteerd... en dan? Een onderzoek naar risicotaxatie, behandeling en recidieven bij personen over wie pro-Justitia is gerapporteerd. Amsterdam: Faculteit der geneeskunde (AMC-UvA).

⁷ Nieuwbeerta, P. & Blokland, A. (2006). Voorspellen van criminele carrières is moeilijk: zeker waar de toekomst betreft. Tijdschrift voor de Criminologie, 4, 361 – 377

⁸ - Vermanen, J. & Rooze, M. (2017). Al ruim 41.000 meldingen over verwarde personen eerste 6 maanden 2017.

<https://demonitor.kro-ncrv.nl/artikelen/al-ruim-41000-meldingen-over-verwarde-personen-eerste-6-maanden-2017>
- NU.nl (13-03-2016). *In vrijwel heel Nederland meer meldingen over verwarde personen*. Geraadpleegd op 23-05-2016 van <http://www.nu.nl/algemeen/4230903/in-vrijwel-heel-nederland-meer-meldingen-verwarde-personen.html>

Een kluwen van belangen⁹

Er is sprake van een kluwen van belangen op verschillende niveaus.

Relatie psychiater versus patiënt

De gemiddelde dokter-patiënt relatie is er een waarbij een patiënt zich vrijwillig meldt bij een door hem uitgekozen dokter. Die legt hij zijn probleem voor. Deze dokter geeft zijn oplossing voor het probleem en de patiënt kan dit advies dan wel of niet opvolgen. Voor de patiëntencategorie waar ik vandaag over spreek, geldt echter dat deze zich, in eerste instantie, doorgaans niet als een te behandelen subject ervaart. Als het aan hem of haar lag, was er niet voor klinische behandeling gekozen. Het gaat dus vaak om een opgelegde dokter-patiënt relatie waarin de patiënt de psychiater als agressor kan ervaren. De patiënt kan zich niet zomaar gelijk vrij bewegen. Dat geeft frictie.

De patiënt in een gedwongen klinisch zorgkader is er een waarbij het besef van wat er aan de hand is en wat er moet veranderen, juist in het geding is door de aanwezige stoornis. Het gaat namelijk vaak om mensen die ernstige problemen hebben in waarneming, denken, stemming en gedrag.

De psychiater op een gesloten behandelafdeling, of dat nou de reguliere gesloten behandelafdeling of een forensische setting betreft, is dus vaak een "kop van jut". De psychiater in zo'n setting zit vaak in een enorme spagaat omdat het een vrij uitzonderlijke dokter-patiënt relatie betreft, in die zin dat de patiënt vaak vindt dat hij geen patiënt is en zeker geen klinische behandeling behoeft. Het is de uitdaging om met respect voor de autonomie van het individu de patiënt te begrijpen in zijn gedragingen, ook wanneer die destructief zijn. Het gaat niet alleen om het belang van de individuele patiënt alsook om zaken als veiligheid en gevaar.

Relatie psychiater versus klinisch team

Het klinische behandelteam zet zich in om de gedwongen, aan hen toevertrouwde patiënt te begeleiden en te behandelen, maar zal veelal ook stuiten op verzet en zelfs agressie¹⁰. Zo'n team moet het kunnen opbrengen om tegen allerlei weerstanden, dreigingen en agressie in, toch in contact te blijven met de patiënt. Met name verpleegkundigen krijgen veel te verduren en het is belangrijk hen gemotiveerd te houden om het moeilijke werk te doen vaak tegen weerstanden in. Het is lastig om goede behandelaars en met name verpleegkundigen te vinden, die de bereidheid hebben om voor deze taak te kiezen. Ze worden ook schromelijk onderbetaald.

Ik heb de grens van wat GGZ-medewerkers van patiënten tolereren naar beneden zien verschuiven. Voor mij zelf is het altijd de uitdaging om gedrag, ook agressief gedrag, te herleiden tot

⁹ Een aantal passages uit deze paragraaf zijn gebaseerd op "interviewverslag J. à Campo" (uitgewerkt door R. Dijkstra & S. Duijs) voor de Onderzoeksraad voor Veiligheid (2018).

¹⁰ Zie bijvoorbeeld: Kobes, M., Bulten, E. & Nijman, H. (2012). Assessing Aggressive Behavior in Forensic Psychiatric Patients: Validity and Clinical Utility of Combining Two Instruments. *Archives of psychiatric nursing*, 26, 487 - 494; Nijman, H.L.I.,

behandelbare psychopathologie¹¹. Natuurlijk zijn er grenzen aan de tolerantie, maar als iemand in paniek iets stukgooit is dat voor mij geen reden om de behandelrelatie te verbreken.

Er is een risico dat de moeilijke patiënt veroordeeld wordt op zijn gedrag en dat het team hem uitstoot. Het is de taak van de psychiater om goed te communiceren aan het team hoe moeilijk gedrag, en ook agressief gedrag van de patiënt te begrijpen is vanuit diens pathologie, om vervolgens dat onderliggende probleem aandacht te blijven geven en te blijven behandelen.

Relatie psychiater versus familie van de patiënt

Een andere potentiële frictie betreft de omgang met de familie van de patiënt. De familie van patiënten binnen een gesloten kader heeft in de regel nogal wat voor de kiezen gehad in het voortraject naar de opname. Familieleden zijn vaak uitgeput en hopen dat een ander de regie en verantwoordelijkheid een tijd overneemt. Toch willen familieleden vaak wel op de hoogte blijven van de bemoeienissen die de behandelaars hebben met hun familielid. Het is belangrijk, onder andere ook met het oog op de latere resocialisatie, dat er toenemend ook familie betrokken wordt bij de behandelingen. Ik heb echter veel leed gezien door regels betreffende de privacy van de patiënt waardoor informatie over de behandeling van de patiënt aan familie werd onthouden.

Relatie psychiater versus privacywetgeving

Over privacy en geheimhouding gesproken; als ik vind dat een van mijn patiënten de veiligheid in gevaar brengt en ik het nodig vind de politie op de hoogte te stellen, dan doe ik dat ook na afweging van het conflict van belangen. Een van mijn patiënten op de transforensische poli kondigde aan dat hij zijn bedrijfsarts iets wilde gaan aandoen bij het volgende consult bij hem. Ik zei tegen deze man dat hij me in een moreel dilemma bracht en ik het nodig vond hiervan de officier van justitie in kennis te stellen in een telefonisch onderhoud. De patiënt mocht met het telefoongesprek meeluisteren. Het bevalt me goed dat ik kan doen wat nodig is en ben gaarne bereid dergelijke keuzes uit te leggen. Je moet soms een afweging maken in een conflict van belangen met beroepsgeheim en privacywetgeving. In zo'n conflict van belangen wil ik op de eerste plaats goed hulpverlener zijn met ook een maatschappelijke verantwoordelijkheid. Je moet durven doen wat nodig is. Als door een principe van absolute geheimhouding iets ernstigs gebeurt, voel ik me meer bezwaard dan door een privacy schending.

Psychiaters zijn soms bang voor een beschadigde behandelrelatie als ze de privacy van een patiënt schenden. Mijn ervaring is echter dat patiënten vaak begrip hebben voor een beslissing om aanstaand gevaar te melden. Onlangs had een patiënt voor de tweede keer in een week een matras in brand gestoken in de instelling waar ik werk, maar ontkende dat. Er waren wel camerabeelden, maar de behandelend psychiater vond dat ze die met het oog op de privacy van de patiënt niet mocht bekijken. Ik was waarnemend geneesheer-directeur op die dag en zei haar dat ze dat met het oog op de veiligheid

¹¹ Merckelbach, H.L.G.J., Evers, C., Palmstierna, T., & à Campo, J.M.L.G. (2002). Prediction of aggression on a locked psychiatric admissions ward. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105, 390 -395.

van de afdeling kon doen, en dat ze dat ook gewoon tegen de patiënt kon zeggen. De patiënt had geen bezwaar. Vaak zijn psychiaters banger voor de schending van privacy dan hun patiënten zelf.

Relatie psychiater versus patiënten vertrouwenspersoon

Verder kennen we het instituut van de patiënten vertrouwenspersoon die binnen een gesloten behandelsetting vaak heel veel werk verricht onder het motto “Wij zijn er voor de patiënt”, alsof de behandelaars er niet voor de patiënt zouden zijn. Met enige scepsis kun je dit instituut zien als het geïnstitutionaliseerde wantrouwen jegens de hulpverlener hetgeen een voedingsbodem vormt voor ageergedrag.

Relatie psychiater versus wetgeving

Op het niveau van Justitie toetst de rechter binnen het civielrecht de naleving van de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen als het gaat om een reguliere dwangopname. De strafrechter ziet daarentegen op naleving van de Wet forensische zorg toe.

Sinds 2008 heeft het Ministerie van Veiligheid en Justitie pogingen in het werk gesteld om de forensische zorg opnieuw in te richten, teneinde te bewerkstelligen dat patiënten op de juiste plek in het zorgsysteem terecht komen. Dit wordt vormgegeven onder de naam ‘Vernieuwing Forensische Zorg’. In januari 2019 is de Wet forensische zorg (Wfz) inwerking getreden. Het doel is om sneller forensische zorg te kunnen bieden aan patiënten met een psychische stoornis en zo recidive te voorkomen. Uiteindelijk moet niet langer het delict, maar de stoornis centraal staan in het bieden van een behandeling^{12 13}.

In de civielrechtelijke sfeer zal per januari 2020 de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ) vervangen worden door de Wet Verplichte Geestelijke Gezondheidszorg (WvGGZ). Het doel van deze wet is om de verplichte zorg minder ingrijpend te maken en ook buiten een instelling mogelijk te maken. Binnen de Wet BOPZ is dit enkel in een psychiatrisch ziekenhuis mogelijk. De WvGGZ moet uiteindelijk mogelijk maken dat geestelijke gezondheidszorg op maat ingericht kan worden, ongeacht de verblijfsplaats van de patiënt. Door de Wfz en de WvGGZ moet uiteindelijk meer aandacht ontstaan voor preventie en vroegdiagnostiek. Ook moet er meer continuïteit gecreëerd worden in de keten van beveiliging en zorg.

Met de nieuwe wetten wordt hetzelfde beoogd als de Transforensische psychiatrie voor ogen heeft, namelijk het leveren van zorg op maat en het (delict)recidive verminderen. Ook zijn beide wetten erop gericht het gat tussen de reguliere GGZ en de forensische zorg te dichten¹⁴.

In mijn 30-jarige carrière als psychiater heb ik van 1988 tot 1994 nog gewerkt met respect voor de krankzinnigenwet uit 1884. Toen volgde in 1994 de BOPZ. Bij leven en welzijn mag ik dan vanaf januari volgend jaar me voor een derde keer gaan aanpassen aan een nieuwe wet, de WvGGZ. Een

¹² Raes, B.C.M. & Bakker, F.A.M. (2007). De psychiatrie in het Nederlandse recht (Vijfde druk). Deventer: Kluwer

¹³ Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2012). Stoornis en delict: forensische en verplichte geestelijke gezondheidszorg vormen een keten. Den Haag

¹⁴ Nelen, H. december 2017 Structuurrapport bijzonder hoogleraar Transforensische psychiatrie.

volgende wetswijziging betekent wellicht het vervlechten van de Wet forensische zorg en de Wet verplichte GGZ tot een Wet Transforensische Zorg.

In mijn beleving betekende de komst van de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen een afrekening met het zogenaamde bestwil-principe¹⁵. Het paternalisme van de dokter naar de patiënt moest plaatsmaken voor meer bescherming van de autonomie van het individu. Het moest moeilijker worden om patiënten gedwongen op te nemen. In de praktijk leidde deze wet echter juist tot een toename van het aantal gedwongen opnames^{16 17}. Een trend die juist de afgelopen jaren nog doordendert. Rechters lijken meer geneigd een aanvraag tot gedwongen opneming te honoreren.

Relatie psychiater versus de Inspectie Geestelijke Gezondheidszorg

Op het niveau van de inspectie wordt getoetst op de kwaliteit van zorg en dat geldt in het bijzonder voor de gedwongen opgenomen patiënt. De psychiater moet zich toetsbaar opstellen. Een behandelend psychiater dient zich te verdedigen voor de rechter in het naleven van de eerdergenoemde wetten. Iedere patiënt beschikt over een advocaat die zijn rechten als autonoom staatsburger moet helpen garanderen. Een gedwongen opneming betekent overigens nog niet dat je de patiënt kunt behandelen. Wanneer deze zich verzet, dan dient een aparte procedure tot het aangaan van dwangbehandeling te worden gevolgd. Hierbij dient een onafhankelijk psychiater na beoordeling in second opinion in te stemmen met het verzoek. Pas dan communiceert de behandelend psychiater dit met de geneesheer-directeur die dit vervolgens meldt bij de inspectie. De inspecteur kan besluiten tot persoonlijke toetsing of aan alle criteria is voldaan.

Uiteindelijk is dit alles niet geheel vrij van persoonlijke smaak en inzicht. Het maakt uit binnen welke regio je als behandelaar opereert. Welke lokale advocaten, rechters maar ook inspecteurs figureren in je werkdomein. Dat kan wel degelijk invloed hebben op wat je wel of niet kunt doen.

Relatie psychiater versus werkgever

Een andere frictie is naar mijn mening gelegen in het feit dat veel grote GGZ-instellingen inmiddels zijn gaan werken in een bedrijfscultuur waarin gewerkt wordt met glossy folders over zorgprogramma's met fantastische behandeluitkomsten. De psychiater binnen een gesloten setting heeft niet een positie dat hij kan adverteren met een leuk behandel aanbod. Nette zorgprogramma's bevatten meer exclusiecriteria dan inclusiecriteria. De tendens van bedrijfsmatig werkende GGZ-instellingen betekent dat ze mooie folders maken en alle patiënten tevreden en liefst ambulant behandelen. Instellingen moeten de moeilijkste patiënten weren om dat ideaal waar te kunnen maken. Maar waar gaan we dan naar toe met de mensen met meervoudig complexe zorg en daaraan gekoppeld disruptief

¹⁵ Nijman, H.L.I., à Campo, J.M.L.G., Vleugels, C.M.M. & Merckelbach, H.L.G.J. (2000). De ruimte tussen gevaar en bestwil. *PsychoPraxis*, 2, 165 - 166.

¹⁶ - Nijman, H.L.I., à Campo, J.M.L.G. & Ravelli, D.P (1999). Stijging van het aantal onvrijwillige opnamen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 41, 103-107; Mulder;

¹⁷ Schoevaert, Bruffaerts, R., Mulder, C. L., Vandenbergh, J. (2013). Stijging van het aantal gedwongen opnames in België en Nederland: een epidemiologische analyse. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 55, 45 - 55.

gedrag? Die worden gevoeglijk het liefst naar de forensische psychiatrie gemanoeuvreerd via het doen van aangifte bij politie en justitie. Daarbij wordt niet zorgvuldig gekeken naar de onderliggende pathologie, wat mogelijk na adequate behandeling een verwijzing naar politie en justitie overbodig zou maken.

Van overheidswege wordt verder opgelegd dat GGZ-instellingen toewerken naar een reductie van separaties en het minder toepassen van dwang¹⁸. Dat geeft een bepaalde druk en verwachting ook richting de psychiater die binnen zo'n gesloten behandelsetting moet figureren. Met minder klinische voorzieningen neemt de druk, maar ook de turnover, toe tot aan de rand van het verantwoordelijke.

We maken de afdelingen zo mooi dat wanneer de patiënten zich niet wensen te gedragen met respect voor deze schoonheid, ze vervolgens ook niet welkom zijn. We verwijzen ze dan alsnog naar de vermaledijde gestichten dan wel naar de politiecel. Wat voor de gemiddelde neuroot een oplossing is, zoals een healing environment afdeling, hoeft niet voor de gemiddelde psychotische patiënt een geschikte behandelafdeling te zijn.

De doelgroep van transforensische zorg is bij instellingen dus vaak een impopulaire populatie. Door deze mensen te behandelen kan het aantal separaties stijgen, terwijl de trend in de GGZ minder separatie en kortere bezetting van bedden is. Instellingen die concurreren met de slogan niet te separeren houden hen daarom liever buiten de deur. Daardoor wordt door de GGZ gepoogd complexe patiënten na het eerste incident richting justitie te krijgen. Die dynamiek zie ik al mijn hele carrière, maar de laatste vijf jaar is het toegenomen. De tolerantie tegenover agressieve en destructieve uitingen van patiënten neemt af; instellingen zijn sneller geneigd daar aangifte van te doen in de stille hoop dat de patiënt binnen een strafrechtelijk zorgkader, en dus de forensische psychiatrie, wordt ondergebracht. De eerste tien jaar dat ik in een GGZ-instelling werkte kwam de politie nooit over de vloer en deden de behandelaars nooit aangifte, nu gebeurt dat aan de lopende band.

Perverse prikkels om mooie sier te maken kunnen leiden tot een strategie van selectie aan de voordeur en het opengooien van de achterdeur. Aan de voordeur worden de moeilijke patiënten met disruptief gedrag vaak geweerd. Wanneer ze met civielrechtelijke titel worden opgenomen wordt deze titel vervolgens vaak voortijdig opgeheven. Een patiënt met disruptief gedrag als symptoom wordt dan weer een burger die zich misdraagt. Laat politie en justitie dat maar opknappen dan.

Relatie psychiater versus publieke opinie

Een andere frictie is gelegen in het domein van de publieke opinie. Wat we zien is dat in de media vooral op calamiteiten wordt ingezoomd. Dat is zeker zo voor de forensische psychiatrie maar eigenlijk ook voor de reguliere psychiatrie achter gesloten deuren. In deze domeinen verzamel je in feite

¹⁸ Vruwink, F.J., Mulder, C. J., Noorthoorn, E.O., Uitenbroek, D. & Nijman, H. (2012). The effects of a nationwide program to reduce seclusion. *BMC Psychiatry*, 12, 231.

patiënten met een hoog risico dat zaken misgaan. Bij calamiteiten is het dan zoeken naar degene die de steek heeft laten vallen.

In de publieke opinie wordt de psychiater verder vaak als een karikatuur neergezet. Zo is er de karikatuur van degene die achter een analysebank zit te mijmeren over een patiënt. Aan het andere uiterste in het spectrum is de psychiater degene die zijn macht misbruikt en mensen opsluit en zelfs separeert. Ruimte voor nuanceren wordt zelden genomen. Zeker de psychiater achter gesloten deur heeft veel uit te leggen.

Het is lastig om te laveren tussen al deze belangen en opinies. Je vindt niet veel psychiaters bereid om binnen een gesloten kliniek te werken. Er is sowieso een uittocht gaande van psychiaters die de GGZ-instellingen verlaten. Je kunt ze dan inhuren als ZZP'er die niet aan de zware diensten meedoet. Meer en meer psychiaters bewegen zich richting kleine particuliere zorginitiatieven met minder spannende zorginhoudelijke behandelverantwoordelijkheid. De psychiater die achter gesloten deuren werkt, moet gewogen omgaan met risico's. Het is een wiebelend koord waarover hij of zij loopt.

Terug naar het nieuwe concept en haar mogelijkheden

De Transforensische psychiatrie tracht te voorzien in een oplossing voor een lacune die er heerst in de zorg¹⁹. Het biedt perspectief voor de moeilijke patiënten die nu tussen wal en schip vallen. Ze worden helaas vaak geweerd uit de reguliere zorg en dreigen vervolgens te criminaliseren wanneer we hun geen zorgkader bieden. Het is dan wachten op ongelukken, in het ergste geval een moord voor behandeling, waarna ze alsnog na veroordeling binnen een forensisch kader belanden.

De transforensische afdeling voorziet ook in een ventiefunctie voor overbelaste teams in het reguliere zorgdomein. Ze kunnen een beroep doen op een optie die er niet was. Dat alleen al geeft lucht. In feite is het transforensische zorgaanbod ook een antwoord op een maatschappelijke discussie waarin we de afgelopen jaren hebben gezeten. Het betrof de discussie rondom de patiënten die in het vizier komen onder de noemer van de verwarde mens. De deelverzameling van deze categorie mensen die serieuze psychiatrie vertonen en daaraan gekoppeld risicovol c.q. delictgedrag zouden gebaat zijn bij een transforensisch behandelaanbod. Het behandelaanbod op transforensische afdelingen is een toepassing van forensische behandelmodules en methodieken maar dan gericht op reguliere gedwongen opgenomen patiënten met ontwrichtend pre-delictgedrag. Het is een ultieme behandel poging voor de duur van gemiddeld 6 maanden. Een transforensische behandeling beoogt in feite te *voorkomen* dat civielrechtelijk gedwongen opgenomen patiënten, later alsnog strafrechtelijk veroordeelde forensische patiënten worden.

Inmiddels is er ook een ambulant Transforensisch zorgprogramma waar mensen met disruptief potentieel delictgedrag zich kunnen melden voor een vrijwillig behandeltraject in het leren omgaan met

¹⁹ Campo, J.M.L.G. & Hendriks, M. (2012). De transforensische gedachte. Heerlen: Mondriaan Zorggroep

hun gestoorde agressie- en emotieregulatie. Ze zijn vaak bang om anders op termijn tot een delict en veroordeling te komen

Slotbeschouwing

Hoewel het idee van transforensische zorg al stamt uit 2012, kon ik pas in oktober 2015 de eerste afdeling openen. Een deel van de weerstand zat erin dat de instelling bedden aan het afbouwen was en we voor transforensische zorg juist meer langdurige gesloten behandelbedden nodig hebben, tegen het algemene beleid in. Patiënten op de transforensische afdeling hebben namelijk bijna allemaal een rechterlijke machtiging. Ik vind het zeer verdedigbaar dat we deze patiënten langer in een beveiligde setting behandelen. Patiënten blijven meestal gemiddeld zes maanden op de transforensische afdeling. Wij passen modaliteiten uit de forensische psychiatrie toe: risicotaxatie, agressiehantering en intensieve begeleiding in het weer stappen nemen naar buiten. Voordat een patiënt de transforensische afdeling verlaat, zorgt de instelling dat hij is afgekickt van eventuele verslavingen en dat er dagbesteding en een beschermde woonomgeving zijn. In een ambulante situatie of korte opname zou dat niet te regelen zijn. Ik schat dat momenteel 80 procent van de patiënten op de transforensische afdeling na behandeling hun plek verruilen voor een lager beveiligingsniveau of een beschermde woonvorm. De meesten gaan eerst naar een open klinische setting en dan naar een beschermde woonvorm

Het unieke van transforensische zorg is verder dat het deze complexe problematiek als geheel aanpakt. Een patiënt is misschien zwakbegaafd, schizofreen, verslaafd en neigt naar criminaliteit, maar de transforensische zorg pakt dat tegelijk aan. De reguliere GGZ is vaak gespecialiseerd in één probleem, meervoudige problematiek is moeilijk en reden voor de reguliere GGZ om de patiënt te weren. Daardoor wordt complexe problematiek niet behandeld. Een beweging die ik momenteel waarneem is dat GGZ-instellingen voor te complexe patiënten bedden inkopen in tbs-instellingen. Dat voorkomt weliswaar calamiteiten, maar het geeft niet het gewenste behandelaanbod. Oorspronkelijk waren regionale GGZ-instellingen zelf voor deze groep patiënten verantwoordelijk.

De Transforensische afdeling in Heerlen heeft een relatief dure bezetting van verpleegkundigen wat voor de instelling financieel gezien relatief onaantrekkelijk is. Dat wordt deels gecompenseerd door een toelage die VGZ geeft op de gehele volwassenenpsychiatrie van Mondriaan, onder andere vanwege de transforensische afdeling. Maar die toeslag komt dus niet specifiek ten goede aan de transforensische zorgafdeling. De bestaande financiële contouren leveren dan ook soms praktische problemen op. Als patiënten bijvoorbeeld op begeleid verlof gaan, krijgt de instelling een lager tarief vergoed. Om transforensische zorg te geven is een DBC met een hoger tarief nodig dan voor de reguliere GGZ.

Een open vraag bij het transforensisch behandelaanbod is dus: Wie het zal betalen? Ik verwacht dat transforensische zorg de maatschappij uiteindelijk geld zal besparen, maar dat is moeilijk aan te tonen. Data die dat kunnen aantonen zijn in bewerking. Ik heb vanuit mijn ervaring als psychiater het

volste vertrouwen in de oplossing die de transforensische zorg biedt. Voorlopig liggen de kosten van de Transforensische psychiatrie bij de zorgverzekeraar, maar eigenlijk zou Justitie mee moeten betalen. Het is namelijk ook preventieve zorg om criminalisering van patiënten te voorkomen. Professionele partijen die ik spreek vragen wel naar de financiële besparing die transforensische zorg biedt, maar vragen niet naar de besparing op menselijk leed en de vermindering van overlast.

Ik heb de indruk dat het probleem is dat degene die voor transforensische zorg betaalt, de zorgverzekeraar, niet de opbrengsten krijgt in de vorm van minder overlast en minder criminaliteit. Woningbouwcorporaties, gemeenten en politie zijn vooral de instituties die daarvan kunnen profiteren. De kosten voor de maatschappij als geheel zijn weliswaar lager, maar voor de zorgverzekeraars stijgen de kosten juist. Waarschijnlijk loopt de discussie op dat probleem vast. Een maatschappelijke kosten-batenanalyse zou kunnen helpen de patstelling te doorbreken, maar dat eist vrij veel onderzoek. Graag wil ik me daartoe de komende jaren inspannen.

Mijn werkplan als bijzonder hoogleraar Transforensische psychiatrie

Als praktijkhoogleraar wil ik de filosofie achter het concept Transforensische psychiatrie uitdragen. Ik wil een bijdrage leveren aan onderwijs omtrent de psychopathologie in het algemeen en de forensische psychiatrie in het bijzonder in de Faculteit der Rechtsgeleerdheid.

Daarnaast zal ik onderwijs en onderzoek verrichten en entameren aangaande de ontwikkelingen binnen de GGZ in het algemeen en de Transforensische psychiatrie in het bijzonder en tevens de betekenis daarvan voor het recht. De nadruk van de activiteiten zal liggen op het leveren van een bijdrage aan het onderwijs in de master Forensica, Criminologie en Rechtspleging.

Als hoogleraar verzorg ik in ieder geval een (keuze-)vak op het terrein van de leerstoel in de masterfase en speel een faciliterende en ondersteunende rol in het onderwijs (onder meer bij het creëren en begeleiden van stages en scriptieonderzoek). Daarnaast coördineer en ondersteun ik onderzoek op hetzelfde terrein en participeer ik in het onderzoek van de Faculteit en de Capaciteitsgroep Strafrecht en Criminologie. Ik wil studenten enthousiasmeren voor het onderzoek naar transforensische kwesties.

Graag wil ik mijn voor de universiteit belangrijke praktijkervaring overdragen op de studenten en mijn netwerk aanwenden ten behoeve van de universiteit. Ik hecht waarde aan onderlinge samenwerking en aan het creëren van een wetenschappelijk inspirerend werkklimaat.

Ter afsluiting wil ik eindigen zoals ik begon: met een casus uit de praktijk. Een casus van een ernstig depressieve man die letterlijk een moord pleegde voor behandeling.

De melancholische man

In de tijd dat ik nog opleider van psychiaters in spe was - dat is nu meer dan 7 jaar geleden - had ik de gewoonte om in het ochtendrapport aan te schuiven bij de bespreking van de wederwaardigheden uit de avond- en nachtdiensten. Ik deed dat samen met de assistenten in opleiding en een aantal collega psychiaters. In een van die ochtendrapporten kwam het verhaal naar voren van een bejaarde man die in de nacht tevoren in een soort razernij zijn vrouw om het leven had gebracht met messteken. Hij had vervolgens ook een poging ondernomen om zijn hond om het leven te brengen en was van plan zich te suïcidieren. In overleg tussen politie, officier van justitie en dienstdoende psychiater werd ervoor gekozen om patiënt primair als dader van een levensdelict in een politiecel onder te brengen en er niet voor te kiezen de persoon als ernstig depressief en suïcidaal gedwongen te doen opnemen binnen onze instelling.

Persoonlijk hoorde ik in dat ochtendrapport vooral het intens trieste drama rondom een bejaarde man die vooral zorg, veiligheid en behandeling voor zijn depressie behoefde. Ik zag geen risico op herhaling van een strafbaar feit jegens een derde. De patiënt werd echter afgevoerd naar het cellencomplex alwaar hij poogde van een verdieping omlaag te springen. Niet lang daarna volgde plaatsing binnen een Penitentiair Psychiatrisch Centrum.

Hij bleek dus in staat zijn vrouw om het leven te brengen. Het lukte hem niet om de labrador te vermoorden en het lukte hem uiteindelijk ook niet om zichzelf om te brengen door interventies van beveiligd toezicht. Uitgebreide psychologische psychiatrische rapportage over deze casus leverde op, dat het ging om een patiënt met ernstige depressie met psychotische kenmerken. De psychotische kenmerken hielden in dat de patiënt de nihilistische overtuiging had dat hij volkomen waardeloos was en voor niks deugde. Hij was vooral niet in staat voor zijn zieke vrouw te zorgen en voelde zich als pensionado een parasiet. Als oplossing zag hij binnen zijn melancholische denken, dat het het best zou zijn wanneer hij, maar daarbij ook zijn echtgenote en zijn hond niet meer zouden leven.

Je kunt je afvragen waar zo'n patiënt op zijn plek is? Wat is wijs? Wat zijn de risico's? Wat is humaan? Wat is rechtvaardig?

Hoe dan ook, na het fatale steekincident veranderde een patiënt die nog niet officieel patiënt was, in een moordenaar, althans in de publieke opinie. Ofschoon de recidievekans zo goed als nul is bij deze patiënt, verkeerde hij toch voor een jaar binnen een forensisch klinisch kader met vooral aandacht voor delict preventie. Deze patiënt is uiteindelijk na verloop van lange tijd toch binnen onze zorginstelling terecht gekomen waarbij werd gesteld dat patiënt als gevolg van een zogenaamde raptus melancholicus had gehandeld en daardoor volledig ontoerekeningsvatbaar moest worden verklaard voor

hetgeen hij had gedaan. Een buitengewoon triest verhaal van een bejaarde man die eigenlijk intensieve psychiatrische behandeling behoefde al in de aanloop naar het delict dat kennelijk niemand bevroedde.

Helaas pleegde deze man letterlijk een moord voor behandeling.

Dankwoord

Laat ik beginnen met het bedanken van de hooggeleerde Hans Nelen die mijn idee van Transforensische psychiatrie als nieuw behandel- en onderzoek domein adopteerde en het proces op gang bracht dat uiteindelijk leidde tot mijn benoeming als praktijkhoogleraar. Ik voel me door hem begrepen en erkend. Leden van het College van Bestuur van de Universiteit van Maastricht, de Decaan van de Faculteit der Rechtsgeleerdheid de hooggeleerde Jan Smits alsmede de voorzitter van de Capaciteitsgroep Strafrecht en Criminologie de hooggeleerde André Klip. U allen dank ik voor het in mij gestelde vertrouwen.

Ik dank het Bestuur en de Directie van Mondriaan die het mogelijk hebben gemaakt om deze leerstoel te bekleden door mij een dag per week vrij te stellen voor deze taak. Juliëtte van Eerd in haar toenmalige rol als voorzitter Raad van Bestuur en René de Bruijn als mijn directeur hebben zich hier hard voor gemaakt. Zonder hun toestemming had ik overigens nooit de eerste afdeling voor Transforensische psychiatrie kunnen openen.

In de opleiding tot psychiater was de hooggeleerde Dick Raes al tijdens mijn studententijd het eerste lichtend voorbeeld. Zijn conditie laat niet toe dat hij er vandaag bij is. De verleden jaar op negentigjarige leeftijd overleden hooggeleerde Goos Zwanikken was mijn opleider. Met groot respect kijk ik terug op de krachtige en energieke manier waarop hij in zijn vak stond. Tijdens mijn laatste opleidingsjaar vervulde ik een stage inrichtingspsychiatrie in Huize Padua te Boekel. Ik werkte daar op een gesloten opnameafdeling en een gesloten verblijfsafdeling. Ik vond het fantastisch en leerde veel van de ervaren verpleegkundigen die toen nog niet hun tijd hoefden te verdoen met zinloze administratieve verantwoording.

Op een jaartje na, heb ik mijn hele loopbaan binnen Mondriaan, het voormalige Welterhof, mogen werken en dat bevalt mij nog steeds goed omdat ik mij op verschillende terreinen bij diezelfde werkgever heb kunnen ontwikkelen. Veel begrip en steun mocht ik ontvangen van de bestuurders Dick Ravelli, Peter Peters, Richard Janssen en Juliëtte van Eerd. Ik had en heb veel fijne collega's die ik niet allemaal apart kan noemen. Een uitzondering wil ik maken voor mijn voormalig collega's Huug Mans en Chris Vleugels die in moeilijke tijden op mijn werk een klankbord vormden. Dank ben ik ook verschuldigd aan mijn trouwe secretaresse toen ik opleider was, Frieda Muller. Ik heb genoten van het werken met team BC van de gesloten opnameafdeling in Heerlen. Dit team kon alles aan met een minimum aan ziekteverzuim. Humor hield ons overeind.

Voor mijn wetenschappelijke ontwikkeling heb ik alles te danken aan mijn samenwerking met de hooggeleerden Harald Merckelbach en Henk Nijman. Henk Nijman bracht mij ooit in contact met Harald Merckelbach die bereid was om mijn promotor te worden op een thema dat bij geen enkele onderzoekstraditie aansloot. Henk was mijn copromotor en de jaren dat hij bij Mondriaan werkte waren

voor mij de meest prettige en vruchtbare. Juist door mijn keuze voor de forensische psychiatrie in 2011 is de samenwerking op afstand weer geïntensiveerd. Henk is vaak mijn hoop in bange dagen.

De collega's van Radix Centrum Forensisch Psychiatrische Zorg wil ik allen danken voor hun samenwerking in het leveren van goede zorg in een aangename sfeer voor vaak heel moeilijke mensen. Jullie zijn mij dierbaar. Luc De Vooght dank ik voor een al 30 jaar durende prettige samenwerking binnen Mondriaan.

Mijn ouders zijn helaas al lang geleden overleden. Ik wil hen danken voor hun liefdevolle opvoeding met aandacht voor naastenliefde en rechtvaardigheid. Gelukkig is mijn oudere broer Bert nog steeds de steun en toeverlaat voor mij en mijn gezin.

Het fundament van mijn bestaan is geworteld in het gezin dat ik samen met mijn vrouw Ine stichtte. Ik ben ongelooflijk trots op mijn kinderen; Leon, Simon en Anne. Het zijn inmiddels prachtige volwassenen die op eigen benen staan en goede keuzes maken. De liefde heeft Stella en Juul aan ons gezin toegevoegd. Ik begin evolutionair overbodig te worden.

De meeste dank ben ik mijn vrouw Ine verschuldigd die onvoorwaardelijk liefheeft en steunt. Ze is de liefde van mijn leven die alles waar ik nu trots op ben mogelijk heeft gemaakt. Ze is het beste wat mij ooit is overkomen.

Ik heb gezegd!

Aanbevolen literatuur

- Aanjaagteam Verwarde Personen (2015). *Aandacht voor verwardheid, op weg naar een meer persoonsgerichte aanpak*. Plan van aanpak.
- Andrews, D. A. & Bonta, J. (1994). *The psychology of criminal conduct*. Cincinnati, OH: Anderson.
- Beurs, E. de & Barendregt, M. (2008). *Mogelijkheden voor therapie-effectonderzoek in de tbs-sector: Komen tot een evidence base onder zorgprogramma's*. Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP), Utrecht.
- Bonta, J., Law, M. & Hanson, K. (1998). The prediction of criminal and violent recidivism among mentally disordered offenders: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 123, 123-142.
- Bouman, G., Riphagen, B., Jongebreur, W. & Veeke, R (2012). *Het forensisch zorgstelsel: Achtergrondstudie*. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Den Haag.
- Campo, J.M.L.G. à & Hendriks, M. (2012). De trans-forensische gedachte. Heerlen: Mondriaan.
- Campo, J.M.L.G. à & Hendriks, D. (2013). *Transforensische Psychiatische afdeling, een nieuw concept*. Poster gepresenteerd op Voorjaarscongres Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.
- Canton, W. J. (2004). Gerapporteerd... en dan? Een onderzoek naar risicotaxatie, behandeling en recidieven bij personen over wie pro-justitia is gerapporteerd. Amsterdam: Faculteit der geneeskunde (AMC-UvA).
- Douglas, K.S. & Skeem, J.L. (2005). Violence risk assessment: Getting specific about being dynamic. *Psychology, Public Policy, and Law*, 11, 347-383.
- Douglas, K.S., Hart, S.D., Webster, C.D., & Belfrage, H. (2013). *HCR-20^{V3}: Assessing risk of violence – User guide*. Burnaby, Canada: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.
- Gendreau, P., Little, T. & Goggin, C. (1996). A meta-analysis of the predictors of adult offender recidivism: What works! *Criminology*, 34, 575-607.
- Gestel, C.J. van, Nieuwenhuizen, C.H. van & Achilles, R.A. (2002). Vormen 'artikel-37-patiënten' een zware last? *Tijdschrift voor psychiatrie*, 44, 627-632
- Inforsa (2012). *Informatie over de kliniek intensieve behandeling*. Amsterdam.

- Harte, J. & Breukink, M. (2010). Objectiviteit of schijnzekerheid: Kwaliteit, mogelijkheden en beperkingen van instrumenten voor risicotaxatie. *Tijdschrift voor Criminologie*, 52, 52-72.
- Hullsieck, K.H. & Louis, R. (2002). Propensity score modelling strategies for the causal analysis of observational data. *Biostatistics*, 2, 179-193.
- Keurentjes, R.B.M. (2007). De Wet BOPZ. In B.C.M. Raes & F.A.M. Bakker. (Red). *De psychiatrie in het Nederlandse recht* (vijfde druk, pp. 57-80). Deventer: Kluwer.
- Lammers, S. (2007). Blijven stoute jongens stout? Taxatie van het recidiverisico in de TBS. *De Psycholoog*, 42, 479-510.
- Lange, E.J. de, Resnick, S. & Raes, B.C.M. (2005). Exploratief onderzoek in het grensgebied tussen de reguliere en forensische psychiatrie. *Sancties*, 6, 341-348
- Nationale Politie & Vereniging GGZ (2016). *Evaluatie landelijk convenant Politie GGZ 2012*. 14 April 2016
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid (1991). *Advies forensische psychiatrie en haar raakvlakken*. Zoetermeer.
- Nieuwbeerta, P. & Blokland, A. (2006). Voorspellen van criminele carrières is moeilijk: zeker waar het de toekomst betreft. *Tijdschrift voor de Criminologie*, 4, 361 – 377
- Nijman, H.L.I. (2005). Kunnen we delinquenten niet beter behandelen? Nijmegen: Radboud Universiteit
- NU.nl (28-02-2016). *Verwarde man Etten-Leur bedreigt politie met een mes*. Verkregen van: <http://www.nu.nl/algemeen/4221921/verwarde-man-etten-leur-bedreigt-politie-met-mes.html>
- NU.nl (13-03-2016). *In vrijwel heel Nederland meer meldingen over verwarde personen*. Geraadpleegd op 23-05-2016 van <http://www.nu.nl/algemeen/4230903/in-vrijwel-heel-nederland-meer-meldingen-verwarde-personen.html>
- NU.nl (18-03-2016). *Omstanders overmeesteren verwarde man met honkbalknuppel*. Verkregen van: <http://www.nu.nl/amsterdam/4232912/omstanders-overmeesteren-verwarde-man-met-honkbalknuppel-in-nieuw-west.html>
- Philipse, M., Erven, T. van & Peters, J. (2002). Risicotaxatie in de TBS. Van geloof naar empirie. *Justitiële verkenningen*, 28(8), 77-93.
- Philipse, M. (2005). Predicting criminal recidivism. Empirical studies and clinical practice in forensic psychiatry. Nijmegen: Radboud Universiteit. Doi: <http://hdl.handle.net/2066/26944>

- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2012). *Stoornis en delict: forensische en verplichte geestelijke gezondheidszorg vormen een keten*. Den Haag
- Raes, B.C.M., Miedema, A.G. & Paesen, L.J. (2001). De grenzen tussen de algemene en de forensische geestelijke gezondheidszorg. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 43, 575-578.
- Raes, B.C.M. & Bakker, F.A.M. (2007). *De psychiatrie in het Nederlandse recht* (Vijfde druk). Deventer: Kluwer
- Rogers, R. (2000). The uncritical acceptance of risk assessment in forensic practice. *Law and Human Behavior*, 24, 595-605.
- RTV-Noord Holland (05-03-2016). *Verwarde man dreigt gaskraan in woning open te zetten*. Verkregen van: <http://www.rtvnh.nl/nieuws/180997/verwarde-man-dreigt-gaskraan-in-woning-open-te-zetten>
- Ruiter, C. de (2000). *Voor verbetering vatbaar (oratie)*. Amsterdam: Vossiuspers AUP.
- Schakelteam Verwarde Personen (2016) Project in opdracht van de ministeries van VWS en V&J en de VNG.
- Schönberger, H.J.M., Hildebrand, M., Spreen, M. & Bloem, O. (2005). De waarde van gestructureerde risicotaxatie en van de diagnose psychopathie bij seksuele delinquenten: Een onderzoek naar de betrouwbaarheid en predictieve validiteit van de SVR-20, Static-99, HKT-30 en PCL-R. Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie.
- Sint Nicolaas, S. (2016). 'Waarom wachten tot het misgaat, als je er eerder bij kunt zijn?' De Monitor.
- Spreen, M., Brand, E., Ter Horst, P. & Bogaerts, S. (2013). Handleiding HKT-R: Historische, klinische en toekomstige – Revisie. Groningen
- Steenbergen, E. van (22-12-2015). 'Een verwarde man haal je liever op tijd van straat'. *NRC Handelsblad*
- Sweers, A. (2012). Zorg forensische patiënt meer naar reguliere GGZ. *Zorgwelzijn: Nieuws, kennis & carrière*. 31 juli 2012.
- Tengström, A. & Hodgins, S. (2002). Criminal behaviour of forensic and general psychiatric patients with schizophrenia: Are they different? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 62-66
- Vereniging GGZ Nederland & Raad van Korpschefs (2012). *Convenant Politie – GGZ 2012*. Overeengekomen op 21 december 2011 te 's Gravenhage.

- Vogel, V. de (2005). *Structured risk assessment of (sexual) violence in forensic clinical practice. The HCR-20 and SVR-20 in Dutch forensic psychiatric patients*. Dissertatie Universiteit van Amsterdam.
- Vogel, V. de & Ruiter, C. de (2005). The HCR-20 in personality disordered female offenders. A comparison with a matched sample of males. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12(3), 226-240.
- Vogel, V. de & Ruiter, C. de (2006). Structured professional judgment of violence risk in forensic clinical practice. A prospective study into the predictive validity of the Dutch HCR-20. *Psychology, Crime and Law*, 12(3), 321-336.
- Vogel, V. de, Ruiter, C. de, Bouwman, Y. & Vries Robbé, de (2007). *Handleiding bij de SAPROF: Structured Assessment of PROtective Factors for violence risk. Versie 1*.
- Vogel, V. de, Vries Robbé, M. de, Bouman, Y.H.A., Chakhssi, F. & Ruiter, C. de (2013). Innovatie in risicotaxatie van geweld: De HCR:V3. *Gedragstherapie*, 107-117
- Vries Robbé, M. de, Vogel, V. de & Spa, de (2011). Protective factors for violence risk in forensic psychiatric patients: A retrospective validation study of the SAPROF. *International Journal of Forensic Mental Health*, 10, 178-186.
- Vries Robbé, M. de & Vogel, V. de (2012). Onderzoek met de SAPROF. *Richtlijnen voor het beoordelen van beschermende factoren voor gewelddadig gedrag*. Nederlandse versie 2e Editie. Utrecht: De Forensische Zorgspecialisten.
- Werkgroep Risicotaxatie Forensische Psychiatrie (2002). Handleiding HKT-30 versie 2. *Risicotaxatie in de forensische psychiatrie*. Den Haag: Ministerie van Justitie, Dienst Justitiële Inrichtingen.
- Zwemstra, J.C. (2009). *Psychiatrische zorg in en aansluitend aan detentie: Een onderzoek naar psychiatrische zorg en behandeling in detentie en daarop aansluitende reguliere of forensische zorg*. Nijmegen: Wolf Legal Publishers (WLP).

Omslag ontwerp : Simon à Campo

Drukwerk :Repro Mondriaan

© Prof. dr. J.M.L.G. à Campo, Heerlen, 2019